FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCURESTI

No. 1858

CONTRIBUȚII
LA STUDIUL
APENDICITEI VERMINOASE
CU ASCARID, OXYUR, TRICHOCEPHALI

TEZA
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

LUCRARE PREZENTATA SI SUSTINUTA LA 24. IUNIE 1922

DE

LUCIA I. CĂTUNEANU

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „LUPTA“ NICOLAE STROILĂ, CALEA VICTORIEI 113

1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0087

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1858

CONTRIBUȚII

LA STUDIUL

APENDICITEI VERMINOASE

CU ASCARID, OXYUR, TRICHOCEPHALI

TEZA

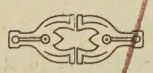
PENTRU

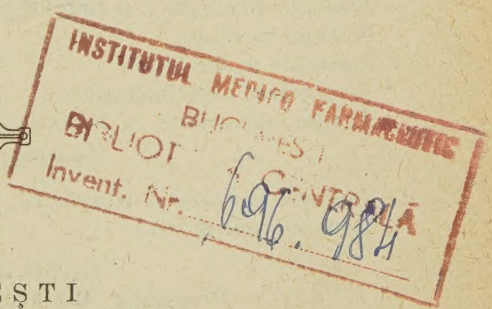
DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

LUCRARE PREZENTATA SI SUSTINUTA LA 24 IUNIE 1922

DE

LUCIA I. CĂTUNEANU





BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „LUPTA“ NICOLAE STROILĂ, CALEA VICTORIEI 113

1922

Decan : D-nul Prof. Dr. Ionescu Thoma

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică Bacteriologia şi patol gia experimentală	„ „	Babeş V.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica a II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Farmacia chimică şi galenică	„ „	Georgescu M.
Clinica şi teoria obstretricală	„ „	Gheorghiu N.
Clinica I chirurgicală Anatomia topografică I	„ „	Ionescu Th.
Clinica III-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Chimia analitică	„ „	Minovici Şt.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu-Muscel I.
Clinica dermatologică si sifiligrafică	„ „	Nicolau St.
Clinica mentală	„ „	Obreja Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica medicală	„ „	Solacolu T.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Terapeutica experimentală	„ „	Theohari A.
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	Vintilescu I.

PROFESORI AGREGAŢI:

Istologia normală şi Istogeneza	D-l Dr.	Besnea St.
Medicină operatoare	„ „	Constantinescu C.

Juriul de Promoţiune

Preşedinte : **D-l Prof. Dr. Ionescu Thoma**

Membrii : **D-l Prof D-r. Bălănescu I.**
„ Conf. D-r. Poenaru-Căplescu

Suplinitor : „ „ „ **Moscu I.**

Facultatea consideră opiniunile expuse in această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici o aprobare, nici desaprobare.

Ajungând la sfârşitul studiilor mele medicale simt o plăcere şi o datorie sfântă a aduce mulţumirile mele, tutulor D-lor Profesori care au contribuit la cultura mea medicală.

Mulţumesc D-lui Dr. C. Poenaru Căplescu pentru indicaţiunile date în tratarea acestui subiect, punându-mi la dispoziţie timpul, ştiinţa şi bunătatea Domniei Sale.

Adăuc omagii respectoase D-lui Profesor Dr. Ionescu Toma Decanul Facultăţei pentru deosebita cinste ce mi-a făcut primind preşidenţia tezei mele.

I

ISTORIC

Incă din antichitate, de pe la anul 1500 a. Chr., scriptele vechi Egiptiane amintesc de ascarizi și taenii.

In scrierile lui *Hypocrat* de asemenea sunt trecuți vermii intestinali ca producători de boale și se indică chiar tratamentul.

Rolul lor în patologie a atras atențiunea celor vechi cari nu numai că i-au studiat din punct de vedere medical, dar chiar au căutat să le cunoască origina și'n privința aceasta s'au emis cele mai bizare concepții.

Așa după *Aristotel* vermii intestinali sunt datoriți transformațiunei excrementelor.

Aceiași părere o împărtășea și *Theopharst* și alții *Galien* crede că viermii intestinali provin din alimentele introduse în corp.

Oribase admite ca origine a lor umorile organismului (bilioase și pituitoare).

Aetius și *Raul* din Egina credeau că viermii intestinali nu sunt altceva de cât membrana internă care căptușește intestinul subțire și care s'a detașat și s'a transformat într'un animal viețuitor.

Riolan, Cabucinus și *Mercurialis* admit în geneza

paraziţiilor intestinali, drept cauze favorizate generaţiunei lor spontanee, căldura sau răceala.

Pe la 1560 *Hauptman* pentru prima oară se ocupă cu geneza paraziţilor. El este primul care înlătură spontaneitatea paraziţiilor şi crede că: „animalele sub formă de viermi sau ouă, imperceptibile la vedere, umplu aerul şi produce cea mai mare parte din febrele maligne şi boalele contagioase“ (Journal des Savants 1704).

Francisco Redi pune capăt acestor discuţiuni, fiindcă în anul 1684 face un tratat de parazitologie şi dă tratamentul extern paraziticid.

Redi deşi combătuse teoria generaţiunii spontanee, totuşi evitase să dea o soluţiune în această privinţă. In cea ce priveşte generaţia viermilor intestinali, el crede că „forţa vitală“ a organismului este aceia care-i produce.

Descoperirea şi perfecţionarea microscopului de de către *Luevenhoeck*, fac pe *Vallisnieri, Laucisi, Marsighi* din Bolonia şi Battara să complecteze opera începută de *Redi*.

In sec XVIII-lea se revine iar la teoria generaţiunei spontanee a viermilor intestinali, dar de scurtă durată fiindcă *Hartsoecker* (1699), *Volff* (1704), *Van Doevenn* (1764), *Rosen de Rosenstein* (1778) şi *Pallas* din Saint-Petersburg (1781), probară în mod experimental că viermii intestinali se înmulţesc ca şi ceilalţi extozoari prin generaţiuni sexuale.

Nicolas Andry, insistă asupra generaţiunilor sexuate a viermilor intestinali şi arată rolul lor în patologie.

F. Raspail în „Histoire naturalle dela santé et de la maladie“ asupra rolului viermilor intestinali în producerea boalelor şi chiar indică tratamentul.

Avântul pe care-l luă Bacteriologia de la *Pasteur*

reformă multe din cunoștințele învechite și mai târziu *Davaine* în „Traitè des Entozoares“, studie cât mai complect acțiunea viermilor în raport cu ultimele date ale bacteriologiei, totuși credea că ei nu pot avea o acțiune prea nocivă pentru organismul uman, mai ales că există indivizi la cari existența viermilor nu se traduce prin nici un fel de simptom.

Metschnichoft și *Guiart* arată în mod experimental și climic că viermii intestinali, departe de a fi inofensivi servesc ca vectori și inoculatori de germeni infecțioși și că pot fi cauza a o mulțime de boale infecțioase.

Rolul viermilor în patologie, este cunoscut mai de mult și mai ales în patologia copilăriei, li se atribuiau cauza multor boale.

In sec. XVII s'au descris în Italia epidemíi verminoase, apoi în Savoia, iar între anii 1760—1763, Van den Bock descrie o astfel de epidemie în Olanda.

In sec. XVIII se crede că orice boală pe care o întovărășește un vierme intră în cadrul afecțiunilor verminoase și'n modul acesta o mulțime de epidemii diferite ce s'au declarat în Franța au fost atribuite helminților. Se citează printre altele „febra putridă verminoasă“ de către *Lepecq dela Clôture.* Descoperirile moderne ale parazitologiei au afirmat că nematelmiții și platelmiții au un rol principal în infecțiile intestinale.

Pentru o înlesnire a expunerei vom studia Apendicita verminoasă în trei capitole :

I. Apendicita ascaridiană.

II. Apendicita cu oxyuri.

III. Apendicita cu trichocephali.

CAP. I.

Apendicita ascaridiană.

Ascaridul lumbricoid *(Lineu* 1758 ascaris Limbricoides) e cunoscut din antichitate de *Hipocrat* sub numele de elmis, grecii l'au numit elmis strongili *(Aristotel)* latinii imbricus teres *(Celsius)* iar arabii și autorul evului mediu îl numea „lumbricus lungus et rotundus *(Serapion)*". Mai târziu a fost numit ascaris gigas de *Göze* (1782) și Fusaria Lumbricoides de *Zeder* (1800) cele mai vechi documente vorbesc de paraziți animali și le atribuesc o mare importanță în producerea unor boale.

In papirus Ebers, înainte de era noastră cu 1500 ani se vorbește de „*ver heft* sau *hoft* (ascaris lumbricoides) și de *Her-Xetef* oxyurus vermicularis).

In sfârșitul sec. XVIII ascaridul a fost considerat ca vierme parazit *Tyson* (1683) *Redi* (1684) *Valisneri* (1713) au descoperit organele digestive și sexuale.

Laennec (1812), *Y. Cloquet* (1824) *Leon Dufom*, *Morren Blanchard* (1847) au complectat studiul anatomici acestui parazit.

Anatomia descriptivă.

Corpul ascaridului lumbrucoid e de o culoare albă lăptoasă, de consistență elastică, tare, de formă

cilindrică rotundă, ascuțit la extremități. Capul sau porțiunea labială e mică și are 3 buze cu marginele fin dințate, buza sup. poartă la bază 2 papile, cele 2 buze inf. laterale n'au decât o papilă.

Ascaridul bărbat are o lungime de 15—17 c. m. și diametru 3—3.5 m. m. extr. caudală conică curbată către fața ventrală, prezintă două spicule scurte, clavi forme în partea liberă, cilindrică la bază, pe porțiunea terminală a feței ventrale există 69—75 papile. Femeia ascaridă mai mare 20—25 c. m. diametru 5 — 5,5 m. m. extr. post. conică și dreaptă. Vulva situată în $^1/_3$ anterioară a corpului într'o zonă

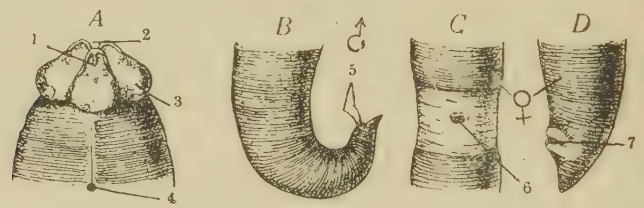


Fig. 1: — A. Extremitatea ant. gura cu cele trei buze chitionoase, B. Extremitatea pos. a masculului îndoită și cu spiculi. C. Vulva în 2,3 ant. D. Anus sub terminal la femelă. (Verdun)

anulară mai strâmtă decât porțiunile vecine. Ouăle elipsoide 75 micromi lungime pe 48—58 lățime. Învelișul lor înconjurat cu un strat transparent, albicios cu suprafața neregulată, mamelonată.

Desvoltarea embrionară nu se manifestă atât timp cât oul rămâne în intestinul omului, evoluția începe târziu după expulzare și o putem urmări ușor punând ouăle în apă, nisip ud sau în orice mediu umed; ea nu încetează decât la 0^0 și rezistă la + 42^0.

Segmentațiunea e egală și are loc mai repede sau mai încet după temp. mediului ambiant, în general în timpul verei, embrionul este constituit în 30—40 zile, este cilindroid cu coada conică.

Acest embrion poate sta în ou chiar 5 ani (Davaine). Leuckart susține că acest embrion trebue să treacă prin intestinul unui oaspe intermediar, și apoi să ajungă forma adultă în intestinul omului.

Von Linstov susținând această părere a crezut că oaspele intermediar este un artropod miriapod. *Iulus Guttulatus* care se întâlnește des în fructe stricate și rădăcini.

Davaine putând să urmărească evoluția embrionilor în intestinul șobolanului a conchis că embrionul

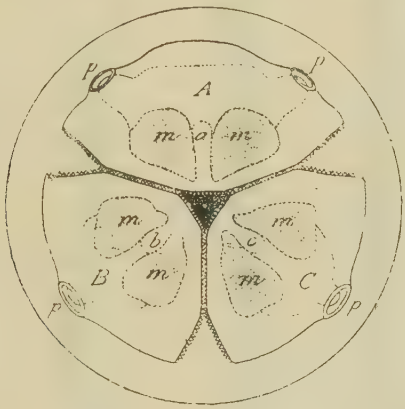


Fig. 2. — Extremitatea cefalică de Ascarid lombricoides văzut din față, A. B. C. cele trei buze, piese chitionoase maxilare dințate pe marginea liberă a. b. c. funduri de sac faringiene cu sediul inserțiunei musculare labiale. P. Papilt labiali pe buza dorsală. A. sunt doi palpili (Guiart și Grimbert.)

va eși din nou din intestinul animalului unde va trăi ca animal adult.

Grassi 1879 și *Calanduccio* au reușit să afirme că ascaridul se desvoltă în intestinul omului fără oaspe intermediar.

Grassi a ingerat ouă de ascarizi și după 2 luni a găsit în materiile fecale ouă de ascarizi.

Lutz în Brasília a dat unei persoane de 32 ani

să înghită la 4 Ianuarie ouă embrionate de ascarizi și la 1 Febr. după administrarea santoninei, persoana expulză 35 ascarizi lungi de 5 — 13 m. m. cei mai mulți vii și foarte agili.

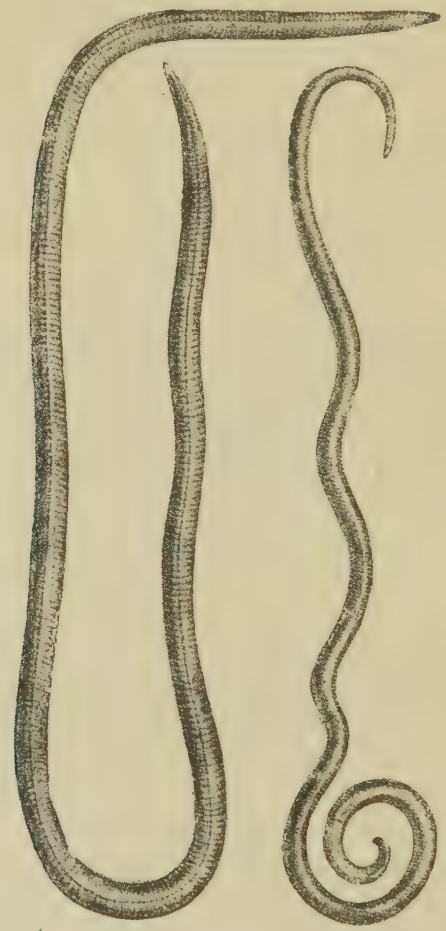


Fig. 3. Ascaris lambricoides mărime naturală, femela dreaptă la extremități, masculul îndoit la extremitatea post.

Este bine stabilit că ouăle de ascarizi expulzate cu excrementele evoluează în apă, pământ umed și reîntors în tub digestiv liberează embrionul care de-

vine animal adult. Infecţiunea se face prin ape infectate, fructe şi legume udate cu ape infectate.

Organizaţia animalului adult.

Simetrie bilaterală, tub digestiv rectilin cu 2 orif. unisexuate. Corpul învălit într'o cuticulă f. groasă în $^1/_3$ mijlocie a corpului care la extremitate se introduce prin gură şi anus pentru a căptuşi tub digestiv. Sub cuticulă e un strat muscular.

Sistem nervos reprezentat printr'un inel peri-esofagian şi 3 ganglioni nervoşi dela cari pleacă ramuri: 2 nervi înainte 3 înapoi, lângă anus mai există un ganglion. Sistem circulator nu există, lichidul nutritor se află vărsat în cav generală a corpului

Aparat excretor e format din 2 tubi longitudinali care se unesc într'un canal comun, terminat printr'un por excretor ventral lângă extr. cefalică.

Aparat genital la bărbat este dintr'un tub lung subţire 7—8 ori mai lung decât corpul animalului situat în $^1/_3$ post. a corpului. Acest tub presintă 3 porţiuni: canal deferent producător de spermatozoizi, vezicula seminală şi canal ejaculator care se termină în cloacul rectal unde sunt fixaţi şi spiculii destinaţi a se introduce în válvă şi a o menţine deschisă prin depărtarea lor în timpul copulaţiunii.

Aparat genital femel e format din 2 tubi ventrali fiecare de 10 ori mai lungi decât corpul format din 3 porţiuni, ovar, oviduct şi uter.

Vulva situată pe partea ventrală în $^1/_3$ ant. a corpului. Ouăle conţinute în uter sunt foarte numeroase *Leuckart* numără până la 10.000.000 iar *Eschricht* până la 60.000.000.

Ascaridul se află răspândit în ţările calde şi în locurile unde se consumă ape infectate.

Pruner 1847 afirmă frequența extremă de ascarizi și oxyuri în Asia și Egipt.

Ascarizi se găsesc de obiceiu între 1—20 ani, mai frequent la copii, rar la bătrâni.

De *Lille* a găsit ascarid la copil de 11 săptămâni.

Duval la un bătrân de 80 de ani și Daguin a cunoscut la Cayena o D-nă de 100 de ani.

D-r legist Mina Minovici afirmă că la noi frequența de paraziți intestinali în autopsii medico-legale e în proporții de 25%.

Ascarídul e foarte rar solidar în intestinul omului, autopsiile arată 2—6 așezați în prima porțiune a intestinului subțire altă dată și mai mulți.

Morland a găsit la un copil 360 ascarizi.

Cruveilhier a găsit peste 1000 în intestinul subțire.

Defresse a publicat un caz a unuí copil care în mai puțin de 3 ani a fabricat 5000 ascarizi.

Ascarizii dau dese complicațiuni în organism, când sunt puțini pot trece chiar neobservați dar s'au văzut cazuri unde un singur ascarid a pus viața în pericol.

Ascarizi pot pe cale reflexă, maí ales la copii debili, da naștere unor turburări grave: accese epileptiforme, congestiuni cerebrale, afonie, apnee, cecitate isteríe, coree.

Cauza acestor accidente nu pot fi explicate de cât prin rezorbția în organism a toxinelor secretate de ascarizi.

Se știe că ascarizii conțin o substanță toxică care intră și în mâinile celor ce disc ascarizi proaspeți și produc și lacrămare, strănut inflamația conjuctivei și a căilor lacrimale.

Alte ori ascarizí părăsesc intestinul subțire trec în stomac de unde sunt eliminați prin vărsături, trec în

faringe, fosele nazale trompa lui Eustache și chiar pătrund în faringe producând asfixia.

D-l D-r. Babeș a avut ocazia a face autopsie într'un asemenea caz.

In știință se găsesc 40 cazuri de asfixie cu ascarizi

Din intestinul subțire mai pot trece în canalul lui Wirsung, în ampula lui Vater, apoi în căile biliare producând turburări grave.

Une ori pot pătrunde din caecum în apendicele vermicular și produce apendicíta verinoasă pe care o putem numi exact *apendicită ascaridiană.*

Ultimele cercetări rezumate în lucrările lui *Fagon* (1900) *Limasset* (1901) *Lasne Desvareilles* (1902) *Alphonse Chaumont* (1903) *Federici* (1902) *Desaunais de Guermanquer* (1903) *Golomanoff* (1906) *și Dematteis* (1900) vorbesc despre apendicita datorită ascarizilor.

Davaine are numeroase observațiuni clinice, este intemeetorul helmetiazei. Studiul său documentat, a împărțit accidentele ascarizilor în două categorii.

Fenomene simpatice generale și locale.

a) Diferite organe pot simți influența vermilor intestinali: o falșă percepere a mirosului, dilatațiune pupilară, exaltarea auzului, perversiunea gustului; prurit, furnicăturile arată acțiunea simpatică asupra simțurilor.

Somnolențele, amețeli, visele, spasme, durerile vagi, salivațiunea și slăbiciunea generală indică acțiunea lor asupra organelor respiratoare, circulatoare, digestive și excretoare.

b) Fenomene locale cele mai frequente sunt: ocluzii intestinale și apendicite.

Sunt numeroase observațiuni de ocluziune intestinală publicate în care diagnosticul cauzal a fost de

cele mai multe ori pus numai la autopsie sau în timpul intervenţiunei chirurgicale.

Cu privire la fenomenele de apendicită ascaridul a fost cu drept cuvânt acuzat că poate fi cauza unei apendicite.

Patologia ascaridiană.

Se ştie că ascaridul conţine o substanţă solubilă în alcool care se află în porţiunile vesiculare ale stratului muscular; această substanţă e toxică, foarte iritantă şi produce turburări locale şi la cei care disecă ascarizi.

Dar cum ştim că corpul e învelit într'un strat cuticular rezistent nu se poate afirma că această substanţă toxică să poată produce iritaţiunea mucoasei intestinale, de oarece nu poate fi eliminată pri exosmoză, ascaridul nutrindu-se printr'un tub digestiv complect.

Railliet şi Barthez tăcând examenul mucoasei din intestinul care conţinea ascarizi nu a găsit leziuni mari aparente. Au observat numai puţină vascularizaţie identică cu cea de enterită comună şi au conchis că vermele nu putea să exercite decât o acţiune pur mecanică a peretelui intestinal.

Chauffard 1895 publică în „Semaine Medicale“ un caz cu ascarizi care a produs accidente infecţioase şi'n prezenţa simptomelor prezentate de bolnav a dat boalei numele de lombricoză cu forma tifoidă.

Bonet în teza sa din 1895 un caz identic.

Schupfer (1901), publică o observ. clinică a unei femei de 23 ani cu fenomene tifice; însă sero-reacţia Widal şi diazo-reacţia Ehrlich au fost negative; dar s'a constatat prezenţa euzinofiliei pronunţată şi după

2 săptămâni bolnava varsă un ascarid și expulzează mai mulți prin rect.

Autorul crede că fenomenele tifice nu pot fi atribuite toxinelor secretate de ascarizi, de oarece aceste toxine sunt piretogene, dar crede că baccilul coli devine foarte virulent prin prezența ascarizilor care produce iritațiuni și mici ulcerațiuni ale mucoasei.

Chauffard crede că ascaridul împrumută din mediul în care trăește germeni patogeni și devine agent vector.

Ascaridul după *Dupré* devine bacterifer; numai prin acest mod se pot explica intecțiunile căilor biliare și patogenia abceselor verminoase.

Dacă se admite că inflamațiunea foliculelor și plăcilor *Peyer* pot fi cauzate prin exaltarea colibacilozei, e foarte logic a zice că aceiași infecțiune se poate localiza și în caecum și în apendice.

Țesutul limfoid al caecului poate fi punct de plecare al inflamațiunei și infecțiunea trece de coprinde apendicele.

Prin căile limfatice ale foliculilor, microbii ajung în musculoasă, la seroasă și produce reacțiunea peritoneală.

In intestin numeroase puncte de foliculită determină infecțiunea tunicelor extèrne care sânt atinse de focarul purulent peritoneal sau suferă o distrucțiune din cauza lipsei de vascularizație, dând astfel perforațiunea și ascaridul pătrunde în cavitatea peritoneală.

Chauffard susține că substanța escretată de ascarizi produce infecțiune.

Dematteis examinând conținutul intestinal al ascarizilor a găsit numeroși microbi patogeni, bacilul coli, stafilococi, lactic subtil, mezenteric, sarcini, proteus

vulgaris și astfel poate contribui la infecțiunea organismului pe cale intestinală.

Mondière crede că ascaridul poate trece prin peretele intestinului și fibrele diferitelor tunici se alipesc apoi.

Becquerel și Dematteis spun că ascaridul exercită o acțiune iritabilă asupra mucoasei ca un corp străin.

Metchnichoff (1901) spune că: e singurul dintre nematozi intestinali care are un rol dublu.

I. Exercită o acțiune directă mecanică sau chimică asupra apendicelui și a părților vecine.

II. Produce o acțiune indirectă prin intermediul microbilor pe care îi introduce; fie bacilul coli care devine virulent prin prezența parazitului: fie microbi pe care îi conține în excremente.

Lannelogue susține că cauzele infecțiunei apendicelui trebuesc căutate în flora intestinală. Preparatorul său *Guillot* a examinat materiile fecale la 128 dintre care 21 erau apendicită (și în ele erau 3 cu trichocephali și 1 oxyur; 1 cu tricocephal și ascarid și 1 cu oxyur), din 107 erau 39 cu ouă de vermi intestinali. Proporția globală a bolnavilor cu paraziți intestinali e de 35% iar numai pentru apendicite de 28%.

Cruveilhier afirmă că ascarizi trec din cav. intestinului în abdomen printr'o perforațiune preexistentă

Bailly (1854) pune perforațiunea pe seama ascaridului.

Guersant susține că orificiul e mic și nu pot trece materiile fecale în abdomen.

Ei se hrănesc cu sânge, deci extremitatea anterioară se înfige adânc în mucoasă și suge sângele din vasele capilare.

Laveran susține că virulența microbilor intestinali

e mai mică la vegetarieni ca la cei care consumă carne multă.

Simptomatologie: Guégan spune: găsim în apendicita verminoasă aceleaș semne ca la apendicita comună, totuși semnele generale ar lipsi, faciesul bolnavului nu e peritoneal, gripat caracteristic în apendicita comună.

Masson adaogă că se poate deosebi prin repetițiunea crizelor mai atenuante și dispariția repede a simptomelor.

Simptomele paraziților intestinali: crize gastrice, ombilicale cu senzațiunea de sufocare, de opresiune, migrenele, fenomene oculare, prurit nasal sau rectal, diaree, chiar sanguinolente, greață.

S'a mai descris facies teros, nasul subțire ascuțit, ochi mai exavați, puncte roșii pe limbă (*Romans* 1810) și diferite turburări nervoase. Semnul cel mai sigur este anamneza bolnavului și căutarea ouălelor parazitului în materii fecale. Administrarea de antihelmintice cari vor expulza parazitul și dispariția fenomenelor ne vor fixa diagnosticul cauzat.

Vom pune oarecare bază și pe euzinofilie care este mai pronunțată în timpul infecțiunei cu paraziți intestinali (Limasset).

Facem diagnosticul diferențial între apendicită și alte afecțiuni abdominale apoi vom da tratament cari și aci va fi profilactic sau curativ.

Ca medicament dăm Santonina a 0,01 gr. 0,05 gr. 0,15 gr. pe pachet după vârste.

Tratament profilactic, higienă alimentară și corporală.

Apendicita verminoasă ascaridiană a fost rând pe rând cercetată și publicată de;

Guisant (1841), *Becquerel* (1841), *Natale* (1899) *Dubeu* (1857), *Brun* (1906) *Santillana* (1903), *Gouna* și *Pey-*

ronic (1903) *Thiéry* (1900), *Gouraud* (1893), *Schwankhaus* (1901), *Weinberg* (1904) și *Metchnichoff* (1901).

La noi D-ra *Arbore Bally* (1900) ne expune un caz de apendicită ascaridiană cu repetiție și cu simptome de peritonită generală iar D-l D-r *Poenaru Căplescu*[1]) în 1904 ne dă un caz de apendicită ascaridiană găsit în spitalul Colțea.

D-r D. Paulian în teza sa din 1914 indică un caz de apendicită ascaridiană în serv. Pr. D-r Ionescu și altul cu turburări gastro-intestinale produs tot de ascarizi găsit în serv. clinicei a II-a chirurgicale la D-l Pr. D-r. Juvara.

OBSERVAȚIUNE

Bolnava G. D. în etate de 10 ani intră în spital în serv. Dr. Poenaru Căplescu cu dureri în fosa iliacă dreaptă în ziua de 25 Octombrie 1919.

Istoric. **Acum 8 zile a început brusc să simtă dureri în abdomen foarte puternice cu predominență în fosa iliacă dreaptă, dureri cari au persistat și s'au accentuat cu timpul.**

In acelaș timp starea generală rea, constipație apoi febră.

In prezent **fetița bine desvoltată pentru vârsta ei, și nu mai prezintă continuarea simptomelor de mai sus. Abdomenul ne prezintă la palpație ca și la inspecție o tumoare mare dură ce ocupă fosa iliacă dr. și flancul drept. Tumora de consistență dură, mată la percuție și de o sensibilitate care nu ne permite decât o palpare foarte superficială, chiar percuția slabă este extrem de dureroasă, mușchi contractându-se imediat și bolnava reacționând puternic.**

Regiunea simetrică din partea opusă nu prezintă nici un simptom dureros sau fizic.

Operată **la 30 Octombrie 1919.** *Apendicectomie.* **Se face incizie în fosa iliacă dr. se dă scurgere la o colecție mare de puroiu în care înoată un ascarid mic, și un calcul cât un sâmbure de măslină.**

La 10 Noembrie elimină 10 ascarizi mai mari în scaune, la 7 Noebmbrie elimină din nou un pachet de ascarizi. La 8 Noembrie i se dă santonină. La 9 Noembrie ese prin plaga abdomenului un ascarid Bolnava ese vindecată complect.

---

1) D-r Poenaru Căplescu. Apendicită ascaridiană, Spitalul 1907.

CAP II.

Apendicita cu oxyuri.

Oxyurul vermicularis este un mic verme descris în 1767 de *Linné* și de *Rüdinger* 1803. Face parte din nematelniți nematozi. Bărbatul are o lungime de 3—5 m. m. iar femela de 9 — 12 m. m. (vezi fig. 4 pag. 23), gura oxyurului e înconjurată de 3 buze care nu sunt dințate pe margini. Cavitatea bucală se continuă cu un esofag muscular.

Vix spune: că oxyurul cu aparatul sau bucal, se poate fixa de mucoasa intestinală, iar cu esofagul se servește ca să sugă sângele. Femeia conține foarte multe ouă. Ouăle sunt caracteristice, ovoide, plan-convexe și au o lungime de 50 micromi, pe lățime de 20 micromi.

Desvoltarea directă a oxyurului din ou a fost demonstrată prin experiențele lui *Leuckart* (1865), *Grassi* (1879) și *Calandrucio* — (1888).

Inghițând cineva din aceste ouă apar în materiile fecale oxyuri mici 6 — 7 m. m. dupe 15 zile. Acești viermi șed câtva timp în intestinul subțire, unde au loc fecundația, apoi femelele fecundate și și câțiva masculi trec în caecum. Masculi dupe ce au fecundat femelele mor repede, și sunt expulzați cu materiile fecale, deși *Heller* i-a găsit și în apendice.

Femelele rămân în caecum până când se termină desvoltarea ouălelor pe care apoi le depun dealun-

gul colonului, rectului, astfel ajung apoi la anus unde acțiunea neîncetată a aparatului bucal asupra mucoasei produce mâncărime mare. Un mare număr de ouă pot fi depuse fie în mucusul rectal fie în încreșturile mucoasei anale sau învecinătate.

Zenker a găsit la autopsii masculi fixați în mucoasa rectului și chiar a colonului încât *Vix* a comparat aspectul mucoasei cu o blană.

Alte ori femelele pline cu ouă fecundate pot fi expulzate cu materiile fecale. Pentru ca ciclu evolutiv al oxyurului să se continue are nevoie de un oare care grad hypometric și cel puțin de 30° C.; aceste condițiuni se găsesc în mucus rectal și anus. Embrionul odată format poate rămâne mult timp în stare de viață latentă.

Oxyurul nu se urcă în tub digestiv ca ascaridul; cu toate acestea a fost găsit în stomac *(Frank)* în esofag *(Berra-Cobb)* în fosele nasale și gură de *Proskaeur*, *Hartmann*, s'a observat chiar și'n vărsăturile bolnavílor. Cazuri de oxyuri eretici se întâlnesc destul de rar; ceeace se observă mai des la fetițe mici, este trecerea oxyurilor dela anus la vulvă și'n vagiu unde determină un prurit violent vulvar și vaginal dând de multe ori cosecințe foarte grave

In acelaș timp rezultă o leucoree persistentă. Din vagin pot trece în cav. uterină prin orificiul colului producând metrite cu secrețiuni abundente în care se găsesc o mare cantitate de viermi și ouă caracteristice.

Une ori oxyurii pot trece prin trompe și cad în cavitatea peritoneală producând chiar o peritonită, sau pătrund în suprafața invălișului ovarian dând loc la mici chiste superficiale. La bărbați simpla iritațiune

produsă prin existența oxyurului în rect este suficientă a produce erecțiuni dureroase și polluțiuni. *(Raspail)* turburări nervoase reflexe; tristețea, melancolia, iritabilitatea, neurastenia, surditate, cecitate; iar la copii convulsiunile, accesele epileptiforme sau hysteriforme, meningismul a fost cu preciziune descris în

Fig. 4. — Oxyurus vermihularis mascul și femel mărit de 7.5 ori la dreapta, sus mărime naturală, ou planconvex mărit 440 ori jos secțiunea transversală mărită de 40 ori, se vede; a) celule mușchiulare, b) tub digestiv, c) ouă utrine și d) creasta laterală chitinoasă.

oxyuroză *(Davaine)*. Complicații dese se întâlnesc în jurul anusului dând abcesele cu oxyuri, lucrare făcută de *Froehlich Nancy* 1897.

Oxyuroza se poate întâlni la toate etățile, *Heller* a găsit la copil de 5 săptămâni și la bătrâni de 82 ani. Cu privire la sex a fost întâlnit în proporție de $188/_{000}$ la bărbați; $211/_{000}$ la femei și de $338/_{000}$ la copii.

Cum se produce oxyuroza

Oxyurul este un parazit cosmopolit : e transportat de om în toate părțile.

Pătrunderea ouălelor de oxyuri embrionați în intestinul omului se face în diferite moduri prin: materiile fecale la suprafața solului care conține ouă evoluate sau animale adulte pot fi un isvor de infecție. In stare proaspătă ouăle pot fi transportate pe alimente de către muște ori după ce materiile fecale s'au uscat sunt duse de vânt pe fructe, legume și ape.

Cazuri de oxyuroză familiară de la copii la îngrijitorii lor și vice versa.

Auto-infecțiunea este foarte frequentă.

Prunitul anal intens care se produce întotdeauna în oxyuroză ano-rectală face pe bolnavi să se scarpine puternic la anus așa că adună sub unghii mucozitățile cu ouă și femele după cum a constatat *Heller* și *Zenker*, ca apoi să le ducă în gură mai ales copii care 'și sug degetele.

Latrinarii sunt expuși mult, alienați (coprophagi). In cazărmi, internate și închisori se văd dese ori.

Un rol însă mai mare îl are oxyurul în introducerea apendicelui dând *Oxyuroza apendiculară* : prezenta oxyrului în apendicele caecal a fost semnalată de mult: *Heller* a găsit într'un caz 39 masculi, în alt caz 19 masculi și 19 femele, în alt caz 9 femele și 30 masculi, în alt caz 27 femele și 47 masculi.

Brumpt arată că la Paris în 800 autopsii de adult a găsit oxyuri în apendice 3,5—4% iar la copii în proporție de 15%.

Still făcuse legătura între prezența oxyurului și

apendicitele catarale încă din 1899. Mai târziu a fost găsit de *Monty* (1901), *Begouin* (1902), *Oppe* (1903), *Holpfe* (1904), iar la noi D-l *Pr. D-r Rainer* a găsit la autopsie oxyuri în apendice destul de des.

G. Railliert a găsit de 14 ori oxyuri în 33 apendicite operate; *Brumpt* a găsit de 10 ori pe 27 apen-

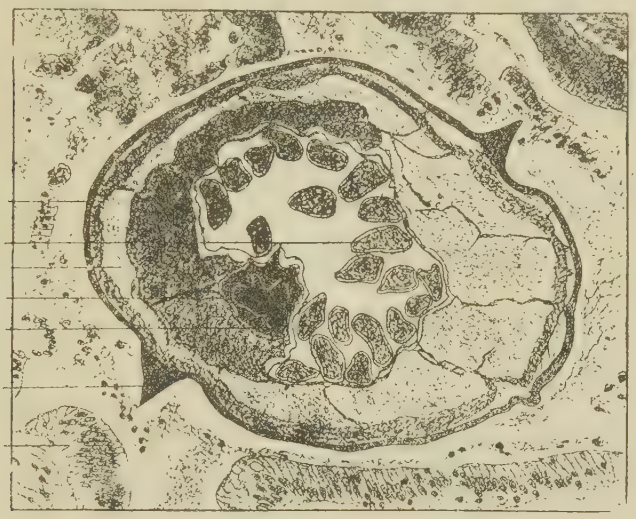


Fig. 5. — Secțiune transversală a unui oxyur în apendicele vermicular (după Brumpt).

dicite operate și tot el constată că oxyurul se hrănește cu sânge.

Numărul oxyurilor în apendicite poate varia; *Jalaquier* declară că a găsit într'un apendice 118 oxyuri; *Hill* 111 oxyuri, *Bengouin* 15 oxyuri; *Bagăin* 9 oxyuri.

In revista Spitalul din 1911 D-l *D-r Dumitrescu* vorbește de un caz de apendicită cu oxyuri, găsit în spitalul Brâncovenesc în serv. D-l *D-r Leonte*.

In revista Spitalul din 1913 sunt două cazuri de apendicită cu oxyuri relatate de *D-l D-r Poenaru Căplescu și D-l D-r F. Mârtz*[1]).

1) D-r Poenaru Căplescu și D-r F. Martz: Oxyuroza apendiculară. Revista Spitalul, 1913.

D-l D-r Paulian în teza sa din 1914 expune mai multe cazuri de apendicită cu oxyuri.

1. Cazul D-lui D-r Poenaru Căplescu: o fetiță de 9 ani operată în Sanatorium Diaconeselor de apendicită în care s'a găsit 2 oxyuri vii.

2. Două cazuri ale D-lui Pr. D-r Juvara:

a) o femee de 35 ani operată de apendicită îi găsește apendicele tixit cu oxyuri.

b) o fetiță de 9 ani al cărui apendice e plin cu oxyuri.

3. Două cazuri în serv. Pr. D-r Angelescu:

a) o femee de 43 ani este operată la 11 Martie 1912, i se găsește în apendice o mare cantitate de oxyuri.

b) o bolnavă de 28 ani operată la 11 Octombrie 1912, disecându-se apendicele găsește mai mulți oxyuri.

Apendicite cu oxyuri operate în spitalul Brâncovenesc serv. D-lui Dr. Poenaru Căplescu din Ianuarie 1919 până la 4 Iunie 1922 în număr 16 și 3 Observ. din Serv. Dr. Bărdescu.

OBSERVAȚIUNE. 1.

Bolnava P. R. de 28 ani intră în serviciu la 21 Ianuarie 1919 cu dureri vagi abdominale și ușor balonament.

Istoric: **Bolnava spune că în seara de anul nou a căzut pe o scară și de a doua zi a fost apucată de dureri în reg. lombară și'n abdomen, vărsături și balonare.**

Starea prezentă: **Bolnava de constituție robustă, apiretică, țăsăturile bine reprezentate, tegumentele colorate, sistem ganglionar normal. Abdomenul e balonat, distins în mod egal, sonoritate la percuție în părțile superioare, în părțile decline ușoară matitate. Abdomenul puțin dureros la presiune. Punctul lui Mac-Burney puțin dureros N'a mai are vărsături, scaunele regulate.**

Operată la 6 Febr, 1919. Apendicectomie: **I se face o incizie transversală la nivelul apendicelui de 2 1/2 c. m. și la deschiderea peritoneului se exteriorizează un apendice alterat**

prezentând din distanță în distanță pete brune, care în totalitate e îngroșat și edematiat.

Se face apendicectomia după procedeul obișnuit.

După deschiderea apendicelui se constată pereții îngroșați, țesutul submucos având 2-3 m. m., iar lumenul plin cu materii fecale solide și moi în care se găsește câți-va oxyuri. Lungimea apendicelui e de 15 c. m.

Bolnava ese din spital la 4 Martie vindecată.

OBSERVAȚIUNE. 2.

Bolnava A. O. de 24 ani intră în serv. la 9 Martie 1919 cu dureri localizate în fosa iliacă dreaptă.

Istoric: Primul acces dureros în Febr. 1918 cu dureri foarte mari care au durat vre-o 3 săptămâni; al II-lea acces în Sept. 1918. De atunci spune că a rămas cu dureri mari abdominale și constipație.

Starea prezentă: Starea generală bună, apiretică, dureri foarte mari abdominale provocate prin mers și presiune și localizate în foza iliacă dreapta.

Abdomen flasc, necontractat. Punctul Mac-Burney sensibil, n'are garguimente, se simte coarda apendicelui.

Operată la 29 Martie 1919. Apendicectomie: I se face o incizie transversală de $2\,^1/_2$ c. m. la nivelul și înăuntru spinei iliace ant-superioare drepte. După deschiderea peritoneului se exteriorizează un apendice gros vascularizat, dilatat printr'un conținut de culoare brună care se vede prin transparentă.

După extirpare se deschide apendicele lung ca de 7 c.m. cu pereți îngroșați care conține un calcul de mărimea unui sâmbure de maslină și două mai mici.

Pe suprafața acestor calculi și între ei se află mai mulți oxyuri (13).

Țesut limfoid foarte hypertrofiat și prezintă ulcerațiuni profunde.

Ese din serv. la 13 Aprilie vindecată.

OBSERVAȚIUNE. 3

Bolnava A. T. de 28 ani intră în serv. la 17 Aprilie 1919 cu dureri mari în abdomen.

Antecedente personale: La 12 ani a avut febră palustră.

In timpul războiului a avut tifos exantematic. După tifos exantematic a avut o enterită care a durat 4 luni. De atunci a rămas cu o mare succebilitate gastro intestinală care se manifesta prin diaree la orice depărtare de regim.

Istoric: Intră în serviciu cu dureri mari în regiunea apendiculară cu iradiaţiuni în tot abdomenul şi în segmentul toracic ajungând până în umărul drept. In acelaşi timp avea febră şi sughiţuri, nu a avut vărsături, abdomenul balonat.

Starea prezentă la 25 Aprilie. De constituţie mediocră, apiretică. Nici un fel de turburări din partea vr'unui organ. Dureri abdominale vagi în fosa iliacă dreapta ce se iradiază în sus către regiunea sub hepatică Abdomen suplu dureros la presiune în punctul lui Mac-Burney.

Se simte uşor coarda apendicelui care scapă sub deget.

Operată la 10 Mai 1919. Apendicectomie. I se face incizie transversală de $2\,^1/_2$ c. m Se exteriorizează un apendice lung ca de 10 12 c. m vascularizat, boselat şi turgescent în jumătate liberă. Secţionându-se apendicele se constată o îngroşare a ţesuturilor, calculi stercorali mici şi doi oxyuri.

Mucoasa prezintă numeroase ulceraţiuni, dintre care una mai mare care merge pâna la seroasă.

OBSERVAŢIUNE. 4.

Bolnava A. G, de 25 ani intră în serviciu la 6 Iunie 1919.

Istoric. De acum un an a inceput să aibă dureri în fosa illacă dreapta care se iradiau în regiunea lombară. Durerile au continuat să se accentueze până'n prezent.

Star a prezentă La inspecţia abdomenului nimic de remarcat. La palpaţie dureri foarte mari în tot hypogastru şi mai ales punctul lui Mac-Burney.

Operată la 16 Iunie 1919. Apendicectomie. Se face incizie transversală de 2 c. m. se extirpă un apendice lung ca de 6-7 c. m. care conţine calculi stercorali şi oxyuri.

Apendicele prezintă vascularizaţii abundente şi leziuni cronice.

OBSERVAŢIUNE. 5.

Bolnava M. G. de 29 ani intră în serviciu la 18 Mai 1920.

Is oric. De acum 3 luni a simţit dureri în hypocondurul drept şi a avut vărsături. Acum o lună a fost brusc apucată de

o durere extrem de intensă, de nesuportat, în regiunea epigastrică şi hypocondrului drept.

Starea prezentă. La inspecţia abdomenului nimic de observat. La palpaţie muşchii abdomenului se contractă şi punctul apendicular dureros.

Operată la 27 Mai 1920. Apendicectomie Se face incizie transversală de $2\,^1/_2$ c. m. la nivelul apendicelui,

Se extirpă un apendice vascularizat şi hyperemiat, are un mezo gros neregulat care-l indoeşte şi i scurtează lumgimea printr'o întorsătură totală.

La deschiderea lui se constată numeroşi calculi stercorali semi-solizi şi mai mulţi oxyuri.

Mucoasa prezintă din distanţă în distanţă numeroase ulceraţiuni.

Ţesut mucos foarte îngroşat.

OBSERVAŢIUNE 6.

Bolnava O. I, de 25 ani intră în serviciu la 1 Ianuarie 1921 cu dureri în fosa iliacă dreaptă. Antecedente personale. Acum 4 ani a avut febră tifoidă.

Istoric. Bolnava în urma unei perioade de constipaţie rebelă de aproape o lună de zile, are dureri în regiunea apendiculară cu mărirea sensibilităţii

Durerile se iradiau spre ficat, puţin dureroase. Bolnava avea senzaţia mai mult a unei jene locale.

Operată la 4 Ianuarie 921. Apendicectomie. I se face incizie la nivelul splinei iliace ant superioare drepte de $2\,^1/_2$ cm.

După deschiderea peritoneului se extirpează un apendice lung de 8 cm. vascularizat care conţine materii fecale dure şi substanţă muco-purulentă, având mucoasa ulcerată în totalitate la nivelul depozitului. Stratul submucos foarte îngroşat formează o bandă albă tare de câţiva milimetri grosime.

S'a găsit ouă de oxyur.

Ese la 13 Ianuarie vindecată.

OBSERVAŢIUNE. 7.

Bolnava P. S. de 32 ani intră în serviciu la 25 Ian. 1921 cu durere în fosa iliacă dreaptă.

Istoric. Acum un an şi jumătate a avut un acces de apen-

dicită cu durere spontană accentuată după masă, indispoziţie generală, turburări digestive. constipaţie.

De atunci, în alte două rânduri, bolnava a mai avut accese de apendicită, de intensitate mai mică.

In timpul din urmă a observat culoarea slab galbenă a conjuctivitelor.

St. prezentă: Starea generală e bună La palparea profundă a zonei apendiculare, dă naştere la dureri. Punctul dureros corespunde celui indicat de Lanz. Conjuctivele colorate sub-icteric.

Operată la 31 Ianuarie 1921. Apendicectomie procedeul obicinuit. Extirparea apendicelui dificilă din cauza situaţiei uterine şi a scurtimei mezo-apendicelui. Apendicele conţine 2 oxyuri şi materii fecale sanguinolente.

Iese din spital vindecată.

OBSERVAŢIUNE. 8.

Bolnava E. I. de 44 ani, vine în serviciu la 6 Oct. 1921, cu dureri în fosa iliacă dreaptă, cefalalgie şi ameţeli.

Ant. Pers.: La vârsta de 8 ani a avut icter. Acum 10 ani, a avut dureri în fosa iliacă dreaptă care au cedat prin tratament medical. Sufere de constipaţie.

Istoricul. Acum trei luni a avut dureri în fosa iliacă dreaptă, dureri de cap, greţuri fără vărsături, constipaţie.

Starea prezentă. Bolnava de constituţie bună. Prin palpare are dureri în regiunea apendiculară ce se radiază către spate, şi se simte o împăstare. Are greţuri, e constipată, n'are poftă de mâncare. Se observă un uşor icter conjuctival.

Operată la 30 Oct. 192 . Apendicectomie. Incizie oblică paralelă cu arcada lui Falop de 10 cm. lungime. După deschiderea peritoneului, extirparea apendicelui se face cu multă greutate, din cauză că marele epiploon e foarte voluminos şi aderent în parte de peretele posterior al fosei iliace şi a unei mase grăsoase care înconjoară coecul. Apendicele e îngroşat, hiperemic, foarte vascularizat, se simte prin palpare că e plin cu conţinut elastic. După deschidere se constată: Un conţinut de materii fecale moi, sânge închegat şi 2 oxyuri ce se mişcă. Mucoasa ulcerată în 2 locuri, ulceraţiunile acoperite cu chiaguri de sânguin. Restul de mucoasă e palidă şi cu supletea pierdută. Peretele musculos, seros uşor îngroşat şi întărit.

OBSERVAȚIUNE. 9.

Bolnavul I. B. de 29 ani, vine în serviciu cu vărsături, dureri în fosa iliacă dreaptă, grețuri și inapetență.

Istoric. In toamna anului 1918, a avut dureri în abdomen vărsături, grețuri, o stare generală slăbită. Starea acută a durat 3 4 zile. Crize asemănătoare se repetau din timp în timp.

Starea prezentă: vărsături, inapetență, constipație, dureri abdominale difuze și mai pronunțate în fosa iliacă dreaptă. Limba saburală, stomacul cu un ușor grad de atonie, defensă mușchiulară, la palparea profundă se simte coecul distins și dureros. Punctul para-ombilical mai dureros. Se produce garguimente prin palpare. Țesut adipos redus. Subicter conjuctival.

Operat 5 Noembrie 1921. Apendicectomie. I se face incizie oblică de 4 cm Se extirpă un apendice lung da 15-18 cm. vascularizat și hyperemic. Prin transparentă se observă diferite zone de culoare brună.

La secțiune se observă un conținut de materii fecale concretate, serozități și 4-5 oxyuri. Mucoasa ulcerată în diferite zone. Ulcerațiunile acoperite de chiaguri mici de sânge. Submucoasa îngroșată.

OBSERVAȚIUNE. 10.

Bolnava S. C. de 37 ani, vine în serviciu la 10 Noemvrie, pentru greață, vărsături după masă și dureri în fosa iliacă dreaptă.

Istoric. De câțiva ani are constipație câte 2-3 zile, indigestii repetate. De câteva luni greață după mese și uneori vărsături. De două luni dureri în fosa iliacă dreaptă și a avut temperatură 38^{5} timp de 3 săptămâni.

Starea prezentă. Se simte slăbită. E constipată, are icter subconjuctival. Abdomen nimic anormal la inspecție ; la palpația zona apendiculară dureroasă. Limba saburală.

Operată la 12 Noembrie 1921 Apendicectomie. I se face incizie mică verticală. Se descopere un apendice lung ca de 8 cm. mult mai subțire în jumătatea liberă ca în jumătatea bazilară, este vascularizat. Prezintă prin transparență o zonă de coloratiune brună; mezo apendicele e foarte adipos.

La secțiune: conținut murdar, hemoragie brun închis și un oxyur. Mucoasa în jumătatea basilară ulcerată, brună, dură, submucoasa îngroșată.

OBSERVAȚIUNE. 11.

Bolnava S. I. de 18 ani, intră în serviciu la 4 Ian. 1922 cu dureri în fosa iliacă dreaptă, care iradiau în regiunea lombară dreaptă și grețuri.

Istoric. Cam de 5 6 luni își amintește că din când în când avea grețuri după ingerarea de carne sau grăsime. Acum trei săptămâni a simțit brusc o durere în fosa illacă dreaptă exagerată în timpul mersului ce iradiau în coapsă și în regiunea lombară dreaptă.

Este afebrilă, are poftă de mâncare, sufere de constipație.

Operată la 6 Ianuarie 1922. Apendicectomie. I se face o incizie transversală de 2 cm. la vârful spinei iliace ant-superioară dreaptă. Se deschide peritoneul, se găsește un apendice liber în cavitatea peritoneala, lung ca de 4 cm, în calibru și de 5 mm. în diametru. Seroasa hyperemiată, rețeaua vasculară, subseroasa bine evidențiată.

La secțiunea apendicelui găsim un conținut fecaloid murdar în care se găsește un oxyur. Mucoâsa în $^1/_2$ apicală a apendicelui de culoare roșie închisă, cu zone multe închise. mici de sufuziune sanguine, de culoare brună închisă. Peretele, apendicelui e în total mult îngroșat.

OBSERVAȚIUNE. 12.

Bolnava L. D. de 29 ani. vina cu dureri în ambele fose iliace cu iradiațiuni în ambele coapse, constipație, greutate în epigastru.

Istoric. Incă din copilărie își amintește să fi avut limba încărcată, constipație, icter foarte des. Acum 3 ani în urma unui efort, simte dureri în abdomen partea inferioară. Starea generală s'a alterat, se simte slăbită, munca intelectuală o obosia, avea crize nervoase. Acum 3 ani amputarea colulului uterin.

In prezent. De constituție bună abdomenul normal la inspecție, la presiune ambele puncte ovariene dureroase și zona apendiculară. Sub icter conjuctival. Limba saburală, constipație, cefalee.

Operată la 13 Februarie 1922. La paratomie mediană sub-ombilicală. După deschiderea peritoneală se constată lichid seros citrin în pelvis și cavitatea abdominală. Ovarul

drept mărit de volum (castana) sclero-chistic ascuns într'o plicătură a ligamentului larg.

Apendicele lung ca de 10 c. m. îngroşat, vascularizat, hyperemic este terorizat şi situat în poziţia sup.-externă, îndoit un unghiu ascuţit şi ţinut în această poziţie prin foiţa peritoneală, lată şi vase care l leagă de peretele fosei iliace, de peretele ant. al coecului şi de colon ascendent. Se face apendicectomie; se închide plaga. La secţiunea apendicelui se observă un conţinut fecaloid murdar în care se găseşte un oxyur. Mucoasa prezintă pe toată suprafaţa ulceraţiuni punctiforme. Stratul sub mucos abundent lucios, Mucoasa hyperemiată îngroşată cu luciul normal pierdut. Ţesut limfoid hypertrofiat este în relief către lumenul apendicului.

OBSERVAŢIUNE 13.

Bolnava M. V. de 19 ani vine la 7 Febr. 1922 pentru dureri în fosa iliacă dreaptă cefalee, constipaţie.

Istoric. Pela 3 Dec. 1921 a avut o criză apendiculară care a durat aproape 2 săptămâmi, avea febră, gr aţă, leşinuri, cefalalgie, constipaţie. Ea ne spune că încă de pela 10 ani suferea de constipaţie. Acum 2 săptămâni durerile au revenit mai pronunţate, ceeace a făcut-o a intra în spital.

Starea prezentă. Bolnava de constituţie bună. Tegumentele cutanate şi mucoase puţin anemiate. Abdomenul normal la inspecţie. La presiune durere nu prea mare în zona apendiculară. Limba saburală, constipaţie Subicter conjuctival.

Operată la 15 Febr. 1922 Apendicectomie. I se face incizie transversală 2 c. m. se extirpă un apendice lung de 8 c. m. vascularizat, hyperemic cu un conţinut brun care se vede în transparenţă. Apendicele conţine o substanţă brună roşie şi o subsanţă muco sanguinolentă în porţiunea terminală a lui. Mucoasa prezintă numeroase ulceraţiuni de diferite dimensiuni. Ţăsut limfoid hypertrofiat. Ţăsut sub mucos îngroşat şi scleros la vârf. In conţinut s'a găsit un oxyur femel.

OBSERVAŢIUNE 14.

Bolnava A. J. de 22 ani intră serviciu la 10 Febr. 1922 pentru greaţă şi onorexie.

Primele crize de apendicită le-a avut în 1911, i se re-

petau la distanțe mari, nu avea poftă de mâncare, avea constipați. In ultimul timp durerile s'au îndesit, avea grețuri, amețeli. Durerile la presiune se iradiau în epigastru.

Operată la 16 Febr. 1922. Apendicectomie. Incizie transversală de $2\frac{1}{2}$ c. m. După deschiderea peritoneului se constată un lichid sero-citrin. Apendicele lung ca de 7 c. m. vascularizat

La secțiune găsim mucoasa ulcerată și un oxyur.

OBSERVAȚIUNE 15.

Bolnava E. M. de 17 ani vine la 7 Aprilie cu dureri în fosa iliacă dreaptă și cefalalgee.

Boala datează de câțiva ani, acum câteva luni a avut turburări gastro-intestinale, vărsături, diaree, cefalalgee, inapetență. Dureri mari în punctul lui Mac-Burney.

Operată la 11 Aprilie 1922. Apendicectomie. Se face incizie transversală de $2\frac{1}{2}$ c. m. la nivelul spinei iliace ant.-superioare drepte. Se pătrunde prin incizia făcută pe aponevroza țesutului peritoneal. Se extirpă un apendice lung ca de 6 c. m. mult vascularizat mai ales în zona apicală.

La secțiune: un conținut fecaloid murdar în care se găsește vre-o 8 oxyuri de ambele sexe. Mucoasa prezintă ulcerațiuni multiple de culoare brună, de diferite mărimi mai abundente și mai mari în zonele unde erau oxyuri mai îngrămădiți.

Sub-mucoasa îngroșată și sidefoasă la aspect. Seroasa cu luciul pierdut îngroșată și mult vascularizată. Vasele dilatate·

OBSERVAȚIUNE 16.

Bolnava A. L. de 15 ani intră la 15 Aprilie cu crize apendiculare.

De o lună bolnava a simțit dureri în fosa iliacă dreaptă ce durau 3—4 zile, dureri de cap și constipație. Punctul lui Mac-Burney foarte dureros se simte o impăsare.

Operată la 19 Aprilie 1922. Apendicectomie. I se face incizia Jalaquier. Se extirpă un apendice scurt de 5 c. m. vascularizat

Prin transparentă se vede un conținut murdar. La secțiunea apendicelui se găsește: sânge și serozități brune, 4 oxyuri, ulcerați ale mucoasei.

OBSERVAȚIUNE 17.

(Serviciu de chirurgie al D-lui Dr Bărdescu)

Femeia S. P. de 23 ani intră cu fenomene apendiculare la 1 Oct. 1920.

Operată la 20 Oct. Apendicectomie. Se face incizie, se extirpă un apendice neaderent, lung ca de 10—12 c. m. Partea distală turgescentă, la palpație concrețiuni, în interior un conținut drojdie de cafea; la mijloc calculi de mărimea unui sâmbure de lămâie; la vârf un mic oxyur.

La nivelul calculul mucoasa erodată.

OBSERVAȚIUNE

(serviciul D-lui Dr. Bărdescu)

Bolnava B. D. de 15 ani vine cu fenomene apendiculare. Se operează la 5 Ian. 1922 și se găsește un apendice lung ca de 11 c. m. vascularizat și hyperemic.

Secționat apendicele, găsim mucoasa congestionată pe alocurea erodală și în cavitate în oxyur.

OBSERVAȚIUNI

(Serv. D-lui Dr. Bărdescu).

Bolnava P. S. de 18 ani intră la 8 Maiu 1922, cu dureri în fosa iliacă dreaptă și grețuri.

Acum 7 luni pacienta a simțit dureri mari în fosa iliacă dreaptă, tot timpul a avut vărsături și greață. Aceste simptome au ținut o i; au revenit după 3 luni A treia și ultima criză a fost cu 6 săptămâni înainte de a intra în spital. Simptomele au ținut 8 zile cu intensitate mai mare.

Primele 2 crize au fost însoțite de durere, ultima de constipație.

Peretele abdomenului ne contractat la presiune ușoară. Punctul Mac-Burney e dureros la presinue mai mare.

Operată la 18 Mai 1922. Se extirpă un apendice lung ca de 7 cm puțin vascularizat și ușor îngroșat la vârf.

La secțiune: materii stercorale spre vârf și prezența unui oxyur.

Apendicele conținând oxyuri poate să nu prezinte nici o urmă de traumatizare: alteori leziunile

produse de aparatul bucal al paraziților sunt foarte evidente, însoțite de echimoze (piese descrise de *Lecéne* și *Brumpt*).

Patogenia cu oxyuri poate fi explicată:

a) ciupirea repetată a mucoasei apendicelui, de aparatul bucal poate irita terminațiunile nervoase simpatice ale acestui organ și produce pe cale reflexă durerea apendiculară *(Blanchard)*.

Se știe că prezența oxyurilor în anus sau în rect, produce o congestie a mucoasei; ori în apendice această congestie producându-se la orificiul apendicular care e foarte strâmpt îl poate oblitera rezultând „le vase clos" a lui *Talamon* și *Dieulafoy*, care are drept consecință exaltarea virulenței microbilor și producerea apendicitei;

b) oxyurii pot pătrunde în mod activ în peretele apendicelui, după cum au demonstrat *Galli-Valerio, Weinberg, Railliet, Menettrier, Brumpt* și *Lecéne*.

Se văd pe secțiunile apendicelui cavități înconjurate de nuclei care au suferit degenerescență pyocianică: aceste cavități pot fi considerate ca datorite trecerei viermelui, care a murit în urmă sau a emigrat aiurea.

Existența oxyurului în peretele abdominal este cu mult mai frequentă decât o afirmă Brumpt.

După *Menettrier* paraziții se găsesc în mijlocul unei folicule hemoragice, în folicuri sau chiar uneori printre globulele roșii.

Weinberg a văzut în jurul unui oxyur în apendice microbi ce se colorau cu *gram*. Odată certă existența oxyurilor în peretele apendicelui, se înțelege inocularea florei bacteriene în peretele mucoasei apendiculare precum și rezorbția substanței toxice secretate este o consecință fatală a oxyurozei apendiculare.

Apendicita infecțioasă rezultată, are drept agent inoculator, oxyurul care devine una din cauzele mecanice etiologice ale apendicitelor.

Dacă atențiunea noastră va fi mai mult îndreptată asupra parazitismului apendicular, cu atât mai mult se vor constata prezența oxyurului în apendice și ca deducție logică, urmează că mai ales la copii cari au un atac apendicular, *să facem examenul materiilor fecale și să căutăm în antecedente apropiate sau actuale oxyuroza ano-rectală.*

Tratament antihelmitic intern: (Santonina, calomelul, thymolul, semen contra) și extern (clisme cu apă sărată, glicerină, infuzie de absint și ung. napolitan) ne va da de multe ori bune rezultate, ferind pe bolnav de oxyuroza comună, de a mai face oxyuroză apendiculară.

CAP. III

Apendicita verminoasă cu trichocephali.

Trichocephalus trichiurus sau hominus, vierme nematelmit, nematod cunoscut de un secol. Descoperit de *Morgagni* în apendicele ilio-coecal și repede a fost ignorat.

După Guirart, trichocephalis a fost cunoscut după lucrarea lui *Röederer* și *Nagler* după epidemia din *Göttinger* (1760-1761).

Göze în 1792 a arătat că porțiunea subțire este extremitatea cefalică și la numit trichocephalus.

Animalul adult are jumătatea anterioară subțire ca un fir de păr, iar cea posterioară mai umflată și conține intestinul subțire și organele genitale.

Masculul are o lungime de 3—4 cm. extremitatea posterioară este învârtită în spirală; din cloaca terminală iese un mic spicul.

Femeia adultă 4—5 cm. anus sub-terminal vulva se deschide la unirea porțiunei subțiri cu cea groasă. Gura lipsită de papile.

Ouăle după *Leuckart* pot atinge numărul de patru milioane, sunt lungi de 50—55 micromi și largi de 20—25 micromi.

Trichocephalus parazit cosmopolit; se găsește la săraci, în aziluri, în ospicii de alienați; contaminarea prin ape murdare.

Burckart într'un internat a constatat o epidemie infectată prin latrine.

Pagliara l'a găsit 12.5% din copii hrăniți artificial și la 8 sugaci de un an cu hrană mixtă.

Pejovosky din Varșovia l'a întâlnit pe $^1/_2$ din autopsiile făcute în spitalul „Enfant Jesus".

Brumpt l'a găsit la Paris între 1—15 ani 38%.

Fig. 6. — Trichocephalus trichiurus femel și mascul, mărime naturală sus, ori de trichocephalus mărit de 460 ori. Trichocephalus în mucoasa intestinală și o femelă mărită de 14 ori la margine.

Examenul cropologic arată la copii prezența ouălor în proporție de 60%, iar *Garrin* 30%.

Wisberg a găsit trichocephalus în duoden.

Numărul trichocephalilor nu e mare; dar *Moostrungger* a găsit 900; *Cima* 450 în intestinul subțire.

Parazitul trăind în intestinul omului se fixează în grosimea mucoasei, pentru a se hrăni cu sânge, demonstrat de *Vix*, *Leuckart* și *Askanasy*.

Patogenia apendicitei verminoase cu trichocephali

Dă turburări nervoase descrise de Stcherbock, anemie trichocephalică; dar turburările cele mai importante descrise de *Cade*, *Garin*, și *Guiart* sunt datorite infecțiunei intestinale care produce enterită trichocephalică care se prezintă cu un polimorfism descris în 1910 de *Cade*.

Garin: dysenterie, entero-colo-patie muco-membranoasă, apendicită cronică typhocolită și dispepsia nervoasă.

Fig. 7. — Ouă de trichocephalus într'un calcul apendicular.

Apoi în 9 din 17 cazuri studiate de *Garin* au diaree, colici, vărsături, febră.

Infecțiunile coeco-ilio-colice au efect asupra apendicelui, organ eminamente limfatic.

Comunicare făcută din Ospiciu Mărcuța (serv. Pr. Dr. Obreja) de D-l *Țupa* și D-ra *Mateescu* (Febr. 1913).

O dementă și un idiot au sucombat cu o diaree persistentă, rebelă la orice tratament, a produs o emaciare cu slăbiciune generală și anemie extremă. La autopsie: intestinul subțire și gros căptușit cu un strat des de trichocephali.

In Oct. 1913 Dl. Dr. *Urechi* publică alt caz.

Știm că se poate produce apendicită la distanță. Implicit dar ca și în cazurile de infecțiune cronică vom avea o apendicită cronică datorită prezentei trichocephalului; care a provocat prima infecțiune, chiar dacă trichocephalul nu se află în apendice.

Trichocephalul găsit de *Lejars* (1897) *Guinard* (1900) *Girard* (1901) *Ménétrier* (1900).

Brumpt pe 800 de autopsii a găsit trichocephal 4%.

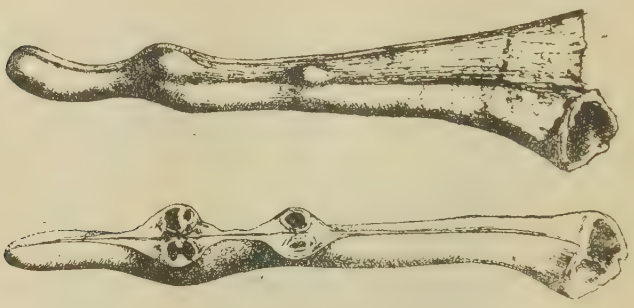


Fig. 8.— Apendicele cu 2 chiste conținând cel inferior un tribhocephalus (Brumpt).

Railliet l'a găsit odată pe 119 cazuri operate și de 6 ori pe 81 apendicite la autopsie.

Pr. Dr. *Rainer* a găsit trichocephal în coec și apendice la autopsii.

Pr. Dr. *Minovici* la autopsii găsește paraziți intestinali în proporție de 20%.

Extremitatea anterioară a parazitului pătrunde în mucoasă, produce o poartă de intrare prin care inoculează microbi patogeni.

Se produce o inflamație, hemo-leucocitară care ajunge la necroză, la ulcerațiuni și la supurațiune.

Se produce infecțiuni cronice pe care le constatăm prin secțiunea apendicelui extirpat. Ingroșarea totală a apendicelui care e turgescent, mucoasa pre-

zintă numeroase și mici ulcerațiuni neregulate ca sediu, ca formă și dimensiune.

Numeroase puncte echimotice, țesut sub mucos îngroșat mai mult în dreptul leziunilor mucoasei. In seroasă uneori și în țesutul sub-seros sunt infiltrații echimotice la nivelul ulcerațiunilor mai profunde.

In cavitatea apendicelui se găsește un muco-puroiu amestecat cu materii fecale semi-lichide sau înconjurând un calcul stercoral pe cale de formație.

Apendicita trichocephalică a fost semnalată la noi pentru prima oară în lucrarea D-lui Dr. Poenaru Căplescu [1]).

OBSERVAȚIUNI

Fetița G. G. de 9 ani vine cu dureri în fossa iliacă dreaptă la 14 Febr. 1922, serv. chirurgic Dr. Poenaru Căplescu.

De 2 ani și jumătate sufere de dureri în fosa iliacă dreaptă cu iradiațiuni în tot abdomenul.

Operația la 19 Febr. 1922: Apendicectomie.

Un trichocephalus înfipt în mucoasa apendicelui (fotografie originală).

Incizie transversală ca 15 mm. Se extirpează apendicele lung ca de 8 cm. îngroșat cu pereți turgescenți; foarte vascularizat și hyperemic.

Prin transparență se văd regiuni de culoare brună închisă.

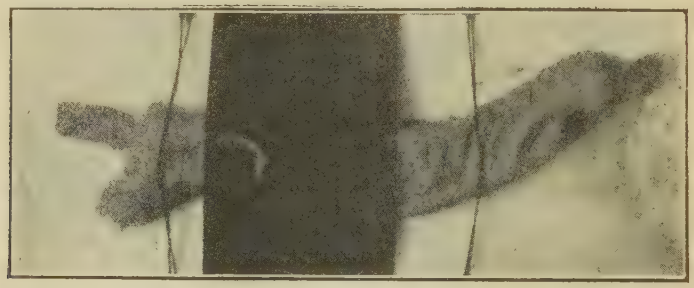
1) Dr. Poenaru Căplescu, Apendicita Verminoasă cu Trichocephalus. „Spitalul" 1913.

Se secţionează apendicele şi se constată: un conţinut murdar sanguinolent, fecaloid în care se găseşte un oxyur şi un trichocephal. Mucoasa ulcerată pe toată suprafaţa. Ulceraţiunile sunt brune şi diferite dimensiuni. Peretele apendicular în întregime alterat.

OBSERVAŢIUNE

Bolnava E. Z. de 42 ani vine în serviciu de chirurgie Dr. Poenaru Căplescu la 23 Maiu 1922 cu dureri abdominale şi o tumoare uterină.

La 1 Iunie i se face operaţie: Isterectomie abdominală subtotală şi *Apendicectomie.*



Un trichocephalus înfipt în mucoasa apendicelui (fotografie originală).

Se găseşte un apendice lung ca de 7-8 c. m. palid din loc în loc se observă prin transparenţă un conţinut brun.

Se secţionează apendice: găsim materii fecale şi un trichocephal.

Pentru a pune un diagnostic precis trebue să facem examenul materiilor fecale, căutând paraziţii sau ouălele lor.

Tratamentul trichocephalozei va fi *curativ* şi *profilactic*. Medicamentul specific contra trichocephalului este *tymolul*. Se va prescri timp de 3 zile în doză de 2 — 4 grame pe zi de sex şi etate, câte 0.50 grame pentru o capsulă.

Bolnavul va lua câte o capsulă la intervale egale,

nu va bea alcool în acea zi și a 4 zi va lua un purgativ salin.

Tratament profilactic: măsură de higienă alimentară, apă filtrată sau fiartă, legumele și fructele bine spălate cu apă sterilizată. Higiena corporală, copii să se spele pe mâini înainte de a se așeza la masă.

Statistica operațiunilor de apendicită făcute de D-l Dr. C. Poenaru Căplescu dela Ian. 1913 pânăla 6 Iunie 1922 în spitalul Brâncovenesc și în Sanatoriu, ne arată că apendicita verminoasă ar fi în proporție de 6,7 %.

		Apendicite oper.	oxyuri	Ascarizi	Tricocefali
Statistica din teza D-lui Vladimirescu ne arată ca de la 1913-1916 pe 242 apendicite a avut 12 apendicite verminoase.	1913 1916	242	8	—	4
Apendicite operate în timpul campaniei dela 1918-1922 și în Sanatorium ne arată că pe 190 apendicite a avut 11 apendicite verminoase.	Aug. 1916-Iul. 1918	69	10	1	
	1919	18			
	1920	26			
	1921	50			
	1922	27			
Apendicite operate în Spital dela Ianuarie 1919 până la 6 Iunie 1922.	1919	31	16	1	2
	1920	26			
	1921	81			
	1922	48			
	Total . . .	618	34	2	6

CONCLUZIUNI

Literatura medicală din ultimul deceniu, a pus într'o vie lumină rolul patogen al apendicelui alterat asupra întregului organism, în afară de forma cunoscută: *apendicita comună* ca afecțiune locală propriu zisă.

Parazitologia la rândul său a demonstrat că una din formele apendicitei nestudiată îndeajuns până acum, este *apendicita verminoasă*. Vermii nematelmiți, nematozi, paraziți comuni ai intestinului anume: *ascaridul*, *oxyurul* și *trichocephalul*, prin constituția lor anatomică prin oecologia lor parazitară, pot pătrunde ușor și în apendicele vermicular.

Lucrările lui *Metchnikoff*, *Blanchard*, *Galli-Valerio*, *Weinberg*, *Brumpt* și *Lecène*, *Lett*, *Riff* și alții, au demonstrat până la evidență rolul nematozilor ca agenți spoliatori și toxici dar mai cu seamă pe acel de agenți traumatici, vectori și inoculatori de microbi patogeni în mucoasa intestinală și apendiculară.

Iritațiunea mecanică produsă de aparatul acestor nematozi asupra terminațiunilor nervoase ale marelui simpatic din mucoasa apendiculară, produce importante și variate turburări nervoase reflexe la distanță. Frequența paraziților intestinali la copii, trebue să ne atragă cu deosebire atențiunea asupra acestei forme de apendicită verminoasă, singura care poate în afară de crize să explice cauza turburărilor generale, pe cari le pre-

zintă. Frequența apendicitei verminoase variază după etate, după frequența paraziților intestinali în diferite regiuni, așa că proporțiunea variază după autori dela 5—25%, iar *Riff* la Paris o urcă dela 25 la 40% admițând că oxyurul se găsește în intestin la 80% de apendiculari, chiar dacă a părăsit apendicele pe care l'a traumatizat.

La noi în țară, lucrările publicate de d-l Poenaru-Căplescu asupra *apendicitei ascaridiene, asupra oxyurozei apendiculare,* și asupra *apendicitei cu trichocephalus,* arată că în viitor trebue dată o atențiune mai mare acestei forme de apendicită.

Examenul materiilor fecale ar trebui făcut fără excepție la orice bolnav presupus apendicular, pentru depistarea ouălelor de paraziți.

Din statistica noastră rezultă că apendicita verminoasă s'a găsit în proporție de 6 — 7% din cazurile operate la noi. In realitate dacă cercetările se vor face pe o scară mai intensă, proporția desigur că va fi și la noi mai mare.

Terapeutica apendicitelor verminoase nu se va mărgini numai la apendicectomia propriu zisă, ci va căuta printr'un tratament antihelmintic bine administrat ulterior, să elimine complect din traectul intestinal paraziții cu ouăle lor.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei
Pr. Dr. Toma Ionescu

Decanul Facultății
Pr. Dr. Toma Ionescu

BIBLIOGRAFIE

Andry: Traité de la generation des vers dans la corps de l'homme Paris 1709—1741.

Arboré-Rally: Archives de medicine des enfants, Decembre 1900.

Arboré-Rally: Semaine medicale 1900.

Becquerel: Clinique de l'hôpital des enfants 1841.

Bonet: Thèse, Bordeaux 1795.

Brumpt: Précis de Parasitologie 1913.

Chauffard: Lombricose a forme typhoide Sem. med. 1895.

Chaumont Alphonse: De l'helminthiase dans ses raports avec les maladies infectieuses, Thèse, Paris 1903.

Davaine: Art Lombrices Dict. encyclop des sc. med. 1870.

Davaine: Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiqes. Paris 1860 Edit. II. Paris 1877.

Dematteis: Archives des médécine des enfants de Decembre 1900.

Dematteis: Sur micro-organismi, intestinali degli ascaridi lombricoidi e lora azione patogena „gaz de hospt." Milan 1900 XXI.

Desaunais de Guermarquer: Apendtcite parazitaire Thèse Paris 1906.

Desvareilles Lasne: Helminthiase Symtomatologie Thèse Paris 1906.

Dieulafoy: Path. int. Cliniques.

Fayon: Accidents d'obstruction intestinal et d'appendicite dus aux ascarides lombricoides Thése Paris 1901.

Frederici M. Contributo allo studio dell 'impotanza patogena dell 'ascaride lombricoide, clinique moderna 9 Apr. 1903.

Galli-Valerio: Centralbal für bacteriol 1903.

Golosmanoff: Les helminthes intestinales de l'homme. Thèse Lausaunne 1906.

Grassi: Intorno all'ascaris lumbricoides: „Gazetta degli ospitali" II 1881.

Guégan: Ascarides et apendicite en Tunisèe. Le Caducèe 1902.

Guinard: Bulletin de la Sociétè de chirurgie 1900.

Hope Seyler: Münsch. medic. Wochen April. 1904 No. 15.

Laennec: Art. Ascarides. Direct. şc. medic. 1812.

Limasset: Essai sur l'eosinophilie dans le parasitisme vermieux chez l'homme, tezã. Paris 1901.

Metchnikoff: Bull. de l'Academie de medicine 12 Mars 1901.

Menetrier: Apend cites vermìneuses. Soc. de med. des hopitaux de Paris 12 Fevrier 1909.

Morren: Quelques remarques sur l'anatomie du lombric, Bull. de l'acad. royal de Bruxelles t. 5 No. 4 şi 9.

Moty: L'appendicite parazitaire. Echo med. du Nord 1902

Masson: Crizes gastriques et pseudo apendiculaires causées par l'ascaris chez les adultes Thése. Paris 1904-1905.

Natale: Centralblatt für innere Medicin 1899.

Oppe: Jurnal des practiciena 20 lunie 1903.

Dr. Poenaru Căplescu: Apendicita Ascaridianã.

Dr. Poenaru Căplescu şi Dr. Mârtz: Contribuţiuni la studiul oxyurozei apendiculare, Spitalul 1913.

Dr. Poenaru Căplescu: Apendicita verminoasã cu trichocephali No. 23.—1913.

Parazitologie umanã 1920.

Redi: De animalculis vivis quae in corporibus animallium vivorum reperiuntur 1684

Rilliet et Barthez: Traité medicale de l'enfants.

Santilano „Bull. medical" din Tunis. Mai 1903.

Schwankaus: Appendicite et lombricos. Amerikan practitionner and neros 1901. 1 cr. lan. et serv. med. Mars 1901 No. 10.

Tison: Observ. anatom. sur le ver rond du corps humain trans phil. London 1683 No. 147.

Weinberg: „Prese medicale" 1904 No. 78.